

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00621 vom 31. Dezember 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00621](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00621)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00621 du 31 décembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00621 del 31 dicembre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein ( Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbs unfähigkeit ist der durch Be einträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbs möglich keiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind aus schliesslich die Folgen der gesund heitlichen Beeinträchtigung zu be rück sichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist ( Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Er krankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)

ärztlicherseits schlüssig fest gestellt wird und nachgewiesenermassen die Ar beits - und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zu kunfts ängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vorder grund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich fest gestellte psychische Störung von Krankheitswert vor handen

sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beein träch tigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrüh ren, be stehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Be funde zu um fassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszu ständen klar un t er scheidbare an dauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen da mit vergleich baren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokultu rell en Belastungs situation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Ar beits - und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentli chen nur Befunde erhebt, wel che in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreich en de Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psy chi scher Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundes gerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

### **E. 1.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Drei viertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.4**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

### **E. 1.5**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wo bei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E.

6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 f. E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf all seitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Dar legung der medizinischen Zu sammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Ex pertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in den angefochtenen Verfügungen vom 3.

Ma i

2012 (Urk. 2/1-2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem Un fallereignis am 2 1. Dezember 2006 (Beginn der einjährigen Wartezeit) bis am 2 0. Dezember 2007 aus me

dizinischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei und sie nach Ablauf des Wartejahres im Dezember 2007 einen Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung habe. Vom 1. Januar bis 30. Juni 2008

sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit noch zu 50 % arbeitsunfähig gewesen, weshalb sie ab 1. April 2008 (drei Monate nach der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per 1. Januar 2008) noch einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe. Die Ausübung einer leichten angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit in einem 100 % -Pen sum sei ihr gemäss medizinischer

Beurteilung ab 1. Juli 2008 wieder

zumutbar, weshalb sie ab 30. September 2008 (drei Monate ab Verbesserung per 1. Juli 2008) bei einem mittelschweren ermittelten Invaliditätsgrad von 6 %

keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung mehr habe.

## 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass die psychiatrischen Beurteilungen und die medizinischen Darlegungen derart divergieren, dass eine weitere psychiatrische Begutachtung durch das Gericht anzuordnen sei, falls nicht auf die Beurteilung von Dr. G. \_\_\_ abgestellt werde. 2.3

Mit den angefochtenen Verfügungen hat die Beschwerdegegnerin rückwirkend eine abgestufte und befristete Rente zugesprochen. Auch wenn die Beschwerdeführerin ihr Rechtsbegehren hinsichtlich des Rentenanspruches nicht substantiiert hat, ist in Bezug auf den Anfechtungs- und Streitgegenstand Folgendes zu bemerken:

Nach der Rechtsprechung liegt bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente – wenn also gleichzeitig eine Rente zugesprochen und diese revisionsweise herauf- oder herabgesetzt und/oder aufgehoben wird – bloss ein Rechtsverhältnis vor. Der Umstand allein, dass Umfang und allenfalls Dauer des Rentenanspruches über den verfügungsweise geregelten Zeitraum hinweg variieren, ist unter anfechtungs- und streitgegenständlichem Gesichtswinkel belanglos. Wird insbesondere nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2c und E. 2d mit Hinweisen).

Diese Rechtsprechung führt dazu, dass hier nicht bloss die Herabsetzung der ganzen auf eine halbe Invalidenrente per 31. März 2008 und die Befristung dieser Rente bis 30. September 2008 zu prüfen ist. Vielmehr ist auch auf die Rechtmässigkeit der am 3. Mai 2012 rückwirkend für die Zeit vom 1. Dezember 2007 bis 31. März 2008 zugesprochenen ganzen Invalidenrente und das Vorliegen der Revisionsgründe einzugehen. 3.

## 3.1

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt: 3.2

Im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. März 2007 (Urk. 11/23/133) äusserte sich

Dr. med. I. \_\_\_ , Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, dahin gehend, dass bei der Beschwerdeführerin eine Commotio cerebri und eine HWS-Distorsion bestehe und derzeit nicht mit der Wiederaufnahme der Tätigkeit gerechnet werden könne. 3.3

Am 13. April 2007 (Urk. 11/23/131) nannte Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH für Rheumatologie, ein posttraumatisches zervikozephal-

spondylogenes

Schmerzsyndrom

und ein posttraumatisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit sekundärer muskulärer Dysbalance. Mit der Wiederaufnahme der Arbeit könne derzeit nicht gerechnet werden. 3.4

Im Austrittsbericht

vom 24. Juli 2007 (Urk. 11/23/90-95) über die Hospitalisation vom 30. Mai bis 11. Juli 2007 nannten med. prakt. K.\_\_\_\_, Ärztlicher Dienst, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, Oberarzt, Arbeitsorientierte Rehabilitation, M.\_\_\_\_,

folgende Diagnosen: A.

Unfall vom 21. Dezember 2006: Sturz mit leichter traumatischer Hirnverletzung (MTBI) und HWS-Distorsion QTF II (Computertomographie vom 8. Juni 2007: auf Höhe von C5/6 degenerative Veränderungen mit Exostose/Neoarthrose) A1

Zervikozephal Schmerzsyndrom B.

Hypothyreose, substituiert C.

Anamnese links bei einem Status nach Meningitis vor Jahren

Als Probleme bei Austritt nannten sie: 1. Nacken- und Hinterkopfschmerzen, im Verlauf regredient 2. Leichte depressive Reaktion im Rahmen einer leichten Anpassungsstörung, deutlich gebessert im Verlauf 3. Multiple psychosoziale Belastungssituation (anhaltender Schmerz, Arbeitslosigkeit, allein erziehende Mutter von zwei Söhnen [richtig: einer Tochter und einem Sohn]) 4. Ein- und Durchschlafstörung, leicht gebessert unter Surmontil 5. In den letzten Wochen des Reha-Aufenthaltes aufgetretene Schmerzen beim längeren Stehen im Iliosakralgelenk rechts (unfallfremd, bei leichten degenerativen Veränderungen konventionell-radiologisch)

Zur

Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive hielten med. prakt. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_

fest, nebst den neuro-muskuloskelettalen Bedingungen Einschränkungen bestehe eine höchstens minimale Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert.

Die Tätigkeit als Raumpflegerin sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar; die Anforderungen (mittelschwere Tätigkeit, ganztags stehende/gehende Tätigkeit) seien zu hoch. Die Beschwerdeführerin sei für einen Arbeitsversuch zur Anpassung und Angewöhnung für angepasste leichtere Tätigkeiten arbeitsfähig. Die Zumutbarkeit von anderen beruflichen Tätigkeiten werde im Moment noch nicht festgelegt, da mit einer weiteren Verbesserung des Zustandes zu rechnen sei. 3.5

Im Bericht vom 30. Januar 2008 (Urk. 11/23/77-78) nannte Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurologie FMH, als Diagnosen einen Sturz auf den Rücken und Hinterkopf am 21. Dezember 2006

mit HWS-Kontusion und leichter traumatischer Hirnverletzung beziehungsweise Commotio cerebri, ein Zervikal syndrom, ein leichtes zerviko-zephalisches linksseitiges Syndrom und anamnestic leicht neuro-psychologische Funktionsstörungen sowie ein leichtes gradiges

Lumbovertebralsyndrom.

Sie führte weiter aus, dass der Neurostatus sei ohne erwähnenswerte Auffälligkeiten. Es seien auch keine Hinweise für eine intrakranielle Strukturalteration vorhanden und es gebe auch keine Anhaltspunkte für eine zervikale Myelopathie; es bestehe keine radikuläre Symptomatik. Für eine leicht gradige

Tätigkeit mit Wechselbelastung, bei welcher die Beschwerdeführerin keine schweren Lasten heben und nicht stundenlang die selbe Haltung einnehmen müsse (zum Beispiel Stehen an Ort mit Kopf in Klonation), erachte sie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zum jetzigen Zeitpunkt als zumutbar. 3.6

Im kreisärztlichen Abschlussuntersuchungsbericht vom 18. Juni 2008 (Urk. 11/23/55-58) hielt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, in seiner Beurteilung fest (S. 3 Ziff. 5), dass bei der Beschwerdeführerin Restbeschwerden in Form einer Zervikalgie sowie Zephalgien bei einem Status nach einer Commotio und einer HWS-Distorsion am 21. Dezember 2006, bei gleichzeitig bestehenden degenerativen Veränderungen C5/6 sowie ein Verdacht auf eine Depression vorlägen.

Er habe den Eindruck bekommen, dass sich die Beschwerdeführerin seit der kreisärztlichen Untersuchung im November 2007 insgesamt stabilisiert habe. Die HWS-Beweglichkeit habe sich unter einer 60%igen Tätigkeit als Portioniererin gebessert. Es seien noch Muskelverspannungen der Schultergürtelmuskulatur nachweisbar. Neurologische Defizite seien im Rahmen einer neurologischen Untersuchung nicht nachweisbar gewesen. Ferner scheine die psychische Komponente eine wesentliche Rolle zu spielen. Er habe den Eindruck, dass die noch bestehende Schmerzsymptomatik durch diese Komponente ungünstig beeinflusst werde. Bezüglich der psychischen Situation sehe er keine Kausalität zum Unfallereignis gegeben.

Hinsichtlich der Unfallfolgen sehe er den medizinischen Endzustand erreicht. Für die 60%ige Tätigkeit als Portioniererin sehe er die Beschwerdeführerin weiterhin arbeitsfähig. Diese Arbeit sei sicherlich auch ausbaufähig, wie zum Beispiel mit Tätigkeiten, bei welchen ein Herumgehen erforderlich sei. Ab zirka Ende August 2008 sehe er folgendes Zumutbarkeitsprofil für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als gegeben an: Leichte bis mittel schwere Tätigkeiten ganztags ohne forcierte maximale HWS-Bewegungen nach links oder Tätigkeiten, bei welchem die HWS in rotierter oder inklinierter (oder kombinierter) Haltung über 30 Minuten Dauer gehalten werden müsse. Die lumbale Beschwerdesymptomatik sehe er als unfallfremd bei Hyperlordose.

3.7

Am 31. Oktober 2008 (Urk. 11/45/32-33) diagnostizierten Dr. med. P.\_\_\_\_, Assistenzärztin, und

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Oberärztin Notfall, R.\_\_\_\_, Notfallstation, eine Medikamentenintoxikation in suizidaler Absicht (Valium und Schmerzmittel) sowie als Nebendiagnosen ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom nach einem Status nach einer HWS-Distorsion, eine Hypothyreose (substituiert) und eine Anakis links bei einem Status

nach Meningitis vor Jahren sowie eine multiple psychosoziale Belastungssituation (anhaltender Schmerz, Arbeitslosigkeit, allein erziehende Mutter von zwei Kindern). 3.8

Im Verlaufsbericht vom 28. Januar 2009 (Urk. 11/26, vgl. dazu auch Urk. 11/45/25-28) nannten Prof. S.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. T.\_\_\_\_, Assistenzärztin, U.\_\_\_\_, gestützt auf die Hospitalisation vom 31. Oktober bis 17. Dezember 2008 nach Selbstmordversuch als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) zirka seit 1998 (Exazerbation 2006) und ein

zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei einem Status nach einer HWS-Distorsion seit 2006 sowie eine Anakusis links bei einem Status nach einer Meningitis seit der Kindheit;

sie attestierten der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kellnerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Klinik eintritt am 31. Oktober 2008 bis auf weiteres.

Die Fachpersonen der U.\_\_\_\_ hielten weiter fest, dass die Beschwerdeführerin anamnestisch jedoch seit 2006 unter depressiven Episoden und Schmerzen leide, so dass bereits damals eine schwere Einschränkung von Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit und, mit hoher Wahrscheinlichkeit, zumindest intermittierend, eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Die schwere depressive Symptomatik führe zu Einschränkung von Konzentration und Leistungsfähigkeit. Daneben bestehe eine chronische Schmerzsymptomatik bei einem Status nach einer HWS-Distorsion und degenerativen Veränderungen in C5/C6. Dadurch seien die psychische und physische Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit schwer eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Durch längerfristige intensive psychotherapeutische sowie pharmakologische Behandlung sowie eine Therapie der chronischen Schmerzsymptomatik

liessen sich die Einschränkungen vermindern, wobei aktuell keine Prognose hinsichtlich der späteren Leistungsfähigkeit möglich sei. Diese Angaben gälten seit dem 31. Oktober 2008, wobei bereits von vorbestehenden Einschränkungen auszugehen gewesen sei. 3.9

Am 25. Mai 2009 (Urk. 11/32) nannten Dr. med. V.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. W.\_\_\_\_, Assistenzärztin, U.\_\_\_\_, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.2) seit Jahren 2. Somatische Diagnose (laut U.\_\_\_\_-Unterlage) - zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion - Hypothyreose, substituiert bei Status nach Radioiodtherapie 2002 - Anakusis links bei Status nach Meningitis vor Jahren

Dr. V.\_\_\_\_ und Dr. W.\_\_\_\_ hielten fest, dass die Beschwerdeführerin von ihrem Rheumatologen Dr. D.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2008 bis 15. Februar 2009 zu 100% krankgeschrieben worden sei. Danach sei eine Krankenschreibung von 50% geplant gewesen. Aus psychiatrischer Sicht sei in der Zeit der Behandlung keine eingehende Abklärung der Arbeitsfähigkeit durchgeführt worden. Sie schlossen sich der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ an. Eine Teilaufnahme der Arbeit sei ab März 2009 zumutbar. Die Beschwerdeführerin habe selbst über eine Verbesserung ihres Zustandes berichtet. 3.10

Im Bericht vom 22. Oktober 2009 (Urk. 11/65) hielt Dr. med. AA.\_\_\_\_, Facharzt für

Radiologie, BB.\_\_\_\_, in seiner Beurteilung fest, abgesehen von einer moderaten Diskusdegeneration und nicht fokaler Protrusion im Segment C3/4 sei kein pathologischer

Befund erkennbar, insbesondere gebe es keine Hinweise auf eine Verletzung der kraniozervikalen Membran und Ligamente beziehungsweise auf eine Instabilität in diesem Bereich. Der Spinalkanal sei zwischen C2/3 und C4/5 anlagebedingt relativ eng und durch eine Diskusdegeneration und Protrusion

bei C3/4 weiter eingengt, was bei einem HWS-Distorsions trauma bekanntlich ein höheres Risiko einer Rückenmarkkontusion nach

sich ziehe. Diese sei wiederum einzig im Frühstadium und nach intravenöser Kontrastmittelabgabe bildgebend nachweisbar, so dass ein stattgehabtes Ereignis dieser Art zum jetzigen Zeitpunkt weder ausgeschlossen noch bestätigt werden können. 3. 11

Im interdisziplinären Gutachten vom 18. Oktober 2010 (Urk. 11/45) nannten die Fachpersonen des E.\_\_\_\_ nach allgemeininternistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21 Ziff. 5.1 f.): 1. Chronisches zervikozephalales und -brachiales Schmerzsyndrom links ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M53.0/M53.1) -

Status nach HWS-Distorsion und Commotio cerebri im Rahmen eines häuslichen Sturzes am 21. Dezember 2006 -

geringe Diskusprotrusion Halswirbelkörper 3/4 ohne Neurokompression (Magnetresonanztomographie am 28. November 2008 und 12. Oktober 2009) 2. Chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.6/M54.5)

- weitgehend freie Beweglichkeit der thorakolumbalen Wirbelsäule

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: 1.

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) 2.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 3.

Substituierte Hypothyreose im März 2009 -

Status nach Radioiodtherapie bei Hyperthyreose 2002 -

thyreote Stoffwechsellage 4.

Gehörlosigkeit links bei Status nach Meningitis im Säuglingsalter (ICD-10 H91.9) 5. Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0)

Die E.\_\_\_\_-Gutachter hielten in ihrer Gesamtbeurteilung fest (S. 21 f. Ziff. 6.1), seit einem häuslichen Sturz am 21. Dezember 2006 mit HWS-Distorsion und Commotio cerebri leide die Beschwerdeführerin an anhaltenden

therapieresistenten, chronischen

zervikozephalalen und zervikobrachialen Schmerzen links betont. Später seien chronische therapieresistente thorakovertebrale und lumbovertebrale Schmerzen hinzuge treten.

Parallel zu den somatischen Beschwerden seien noch zu sehende depressive Symptome mit einem Status nach notfallmässiger

Hospitalisation per fürsorglichen Freiheitsentzug vom 31. Oktober 2008 in der U.\_\_\_\_ wegen akuter Selbstgefährdung nach Suizidversuch hinzugekommen.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in einer an deren Tätigkeit konstatierten die E.\_\_\_\_ -Gutachter (S. 22 Ziff. 6.2) , aus ortho pädischer Sicht könnten auf grund der anamnestischen Angaben, der erhobenen Untersuchungsbefunde sowie der bildgebenden Diagnostik ein chronisches zer vi kozepiales und zerviko brachiales Schmerzsyndrom links ohne radikuläre

Symptomatik als auch ein chronisches thorakolumbovertebrales

Schmerzsyn drom , ebenfalls ohne radi kuläre Symptomatik, diagnostiziert werden, ohne dass sich die von der Be schwerde führerin angegebenen, sehr diffusen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde vollständig begründen liessen. Auf grund der er ho benen Befunde und gestellten Diagnosen könnten ihr körper lich schwere Tätig keiten bleibend nicht mehr zugemutet werden. Für körperlich leichte bis mittel schwere Tätigkeiten, wie die angestammte Tätigkeit im Service, aber auch die Tätigkeit als Reinigungsangestellte, bestehe eine Arbeits- und Leistungs fähig keit von 100 % .

Aus psychiatrischer Sicht könnten aufgrund der anamnestischen Angaben sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde eine gegenwärtig remittierte rezi divie ren de depressive Störung als auch eine anhaltende somatoforme

Schmerz stö rung dia gnos tiziert werden, ohne dass daraus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab geleitet werden könne. Trotz der geklagten Beschwerden kön ne der Beschwer de führerin zugemutet werden, weiterhin einer ihren körper lichen Ein schrän kung en angepassten Tätigkeit uneingeschränkt nachzugehen.

Aus allgemeininternistischer Sicht könnten lediglich Diagnosen ohne Aus wir kung en auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden.

Zusammenfassend könnten der Beschwerdeführerin körperlich schwere Tätig kei ten bleibend nicht mehr zugemutet werden, körperlich leichte bis mittel schwere Tätigkeiten, und somit auch die ursprünglich angestammte Tätigkeit als Service-Angestellte beziehungsweise Reinigungsfachfrau, könnten ihr indes un ein geschränkt und ganztags zugemutet werden.

Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im genannten Ausmass bestehe seit Mit te 200 8. Retrospektive könne für die Zeit ab Unfallereignis vom 21. Dezem ber 2006 bis Dezember 2007 eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätig keit angenommen werden, ab Januar 2008 habe eine 50%ige Arbeits fähig keit be stan den. Ab Juli 2008 bestehe eine Arbeitsfähigkeit , wie sie heute noch zu be stä tigen sei (S. 22 f. Ziff. 6.3).

Für die häuslichen Tätigkeiten mit intermittierend mittelschweren Tätig keits an tei len bestehe aus polydisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeits fähig keit (S. 23 Ziff. 6.4). 3.12

Im Bericht vom 6. September 2011 (Urk. 11/66 ) diagnostizierte Dr. G.\_\_\_\_ , Fach arzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, rezidivierend depressive Episoden, derzeit remittiert (ICD-10 F33.4), eine dependente Persönlichkeit mit persön lich keits strukturellen Defiziten (ICD-10 F60.7) und eine multi somatoforme Symp to matik (Schmerzen, Bauchproblematik [ICD-10 ~F45.1]) sowie die von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte schmerzhaftige Problematik am Bewegungsapparat ( zer viko verte brales , zervikozepiales und Schulter-Arm-Syndrom).

In seiner Beurteilung hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest (S. 5 f.) , es liege eine krank heits wer tige multiple somatoforme Störung in Komorbidität mit rezidivierenden depres si ven Episoden

und einer dependenten Persönlichkeitsstörung vor. Die somatoforme Problematik zeige sich seit der Adoleszenz bis heute in erheblichen Gewichtsschwankungen bei inneren oder äusseren Konflikten sowie in der Schmerzsymptomatik (Spannungskopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen).

Das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin sei dadurch eingeschränkt. Nach Mini-ICD-10-APP lägen insbesondere folgende Aktivitäts- und Partizipationsstörungen vor (S. 5): Bei Planung und Strukturierung von Aufgaben ausserhalb eingespielter Bereiche (zum Beispiel im Service) träte n rasch Überforderung und Angst des Nichtgenügens auf. Weiter seien aufgrund der Persönlichkeitsstruktur Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit reduziert, in Konflikten bleibe ihr meist der innere und äussere Rückzug. Immer wenn die Spannung zu gross geworden sei, sei es in der Vergangenheit immer wieder zu Explosionen gekommen. Die Fähigkeit zur Selbstpflege im weiteren Sinne sei eingeschränkt, sie sei teilweise nicht in der Lage, ihren Alltag so zu gestalten, dass die eigene Rekreation einen genügenden Platz habe.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte Dr. G. \_\_\_ aus (S. 5 f.), die Beschwerdeführerin bewege sich oft an der Grenze ihrer Belastbarkeit, was auch die praktischen Erfahrungen der Beiständin, die ihr oft direkt zur Hand gehen müsse, unterstreichen würden. Mit dem 50%-Pensum sei sie momentan gut ausgelastet, mehr sei ihr derzeit nicht zumutbar.

Die Prognose sei nicht so schlecht. Unter einer multimodalen, anleitenden und längerfristig angesetzten Psychotherapie sei es denkbar, dass die Beschwerdeführerin lerne, ihr Leben so zu gestalten, dass ihr Leistungsvermögen wieder grösser werde.

Schliesslich kritisierte Dr. G. \_\_\_ das E. \_\_\_ -Gutachten sowohl in formeller als auch in materieller Hinsicht (S. 6-8). 3.13

Der seit November 2008 behandelnde Dr. med. D. \_\_\_ nannte im Bericht vom 13. September 2011 (Urk. 11/63-64, vgl. dazu auch Urk. 11/36, Urk. 11/7/21-23) folgende Diagnosen: 1.

Sturz am 21. Dezember 2006 - Status nach Commotio cerebri - HWS-Distorsion - therapieresistentes chronisches zervikovertebrales Syndrom - zervikozephalisches Syndrom, zunehmende Spannungskopfschmerzen nach körperlicher Belastung 2.

Unfallfremdes (thorako- und) lumbovertebrales Syndrom 3.

Depression - posttraumatische Entwicklung - Hospitalisation in der U. \_\_\_ Ende 2008 - Status nach Suizidversuch 4. Substituierte Hypothyreose

Dr. D. \_\_\_ äusserte sich dahingehend, dass bei der Beschwerdeführerin ein chronisches Rückenschmerzsyndrom bestehe, welches sich nach dem Unfall im Dezember 2006 entwickelt habe. Zudem bestehe eine Depression mit einem Status nach einem Suizidversuch. Funktionseinschränkungen bestünden in Form von reduzierter körperlicher sowie auch psychischer Belastbarkeit (Urk. 11/63).

Dr. D. \_\_\_ hielt in seinem Bericht weiter fest (Urk. 11/64), dass die Beschwerdeführerin derzeit zu 50 % im Service (leichte Arbeit) erwerbstätig sei. Der Beschwerdeführerin sei sowohl die bisherige als auch eine bein derungsangepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar, sofern es sich um leichte Arbeit handle. Die festgestellten Einschränkungen bestünden seit 2006.

In ihrer Stellungnahme vom 14. November 2011 (Urk. 11/69) zum Schreiben der Rechtsvertreterin vom 15. September 2011 und zum Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 6. September 2011 (vgl. E. 3.12) führten Dr. med. CC.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, E.\_\_\_\_, und Dr. med. DD.\_\_\_\_, Ärztliche Leitung, E.\_\_\_\_, aus, sie hielten an ihren im Gutachten vom 18. Oktober 2010 gezogenen

Schlussfolgerungen fest. 3.15

Am 14. Juni 2012 (Urk. 7) äusserte sich

Dr. G.\_\_\_\_ zu r

Stellungnahme der E.\_\_\_\_ - Gutachter vom 14. November 2011 und machte wieder um diverse Mängel geltend. Insbesondere monierte er, dass das E.\_\_\_\_ -Gutachten aufgrund der fachlichen Mängel sowie der falschen Behauptungen die praxisgemässen Kriterien für den Beweiswert einer Expertise nicht erfüllt. 4.

#### **E. 4**

). Am 21. Dezember 2006 erlitt sie einen Unfall, als sie im Korridor ihrer Wohnung ausglitt und mit voller Wucht auf ihren Kopf fiel

(Urk. 11 / 23/137). Dabei zog sie sich eine Prellmarke pareto-occipital und eine Commotio cerebri sowie eine Halswirbelsäulen (HWS) -Distorsion zu (Urk. 11/23/136). Am 16. März 2007 (Urk. 11/24/9)

kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 30. Juni 2007

(Urk. 11/24). Während und nach ihrer Tätigkeit bei der Y.\_\_\_\_

bezog sie Taggelder der Unfallversicherung (Urk. 11 / 23/4-25). Mit Verfügung vom 29. Juli 2008

(Urk. 11 /23/43) stellte der Unfallversicherer die Taggeldleistungen per 31. August 2008 ein. Eine dagegen erhobene Einsprache der Versicherten (Urk. 11 /23/ 31, Urk. 11/23/38) wurde mit Einspracheentscheid vom 15. September 2009 (Urk. 11/38)

abgewiesen.

Auf

Veranlassung der Unfallversicherung absolvierte die Versicherte zudem vom 11. Februar 2008 bis zum 30. Juni 2008 ein Arbeitstraining bei den A.\_\_\_\_ als Servicemitarbeiterin im B.\_\_\_\_ -Restaurant C.\_\_\_\_ mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit kontinuierlich auf ein konstantes 100%-Pensum zu steigern (Urk. 11/23/ 54, Urk. 11/23/65-68, Urk. 11/23/75).

#### **E. 4.1**

Vorwegzuschicken ist, dass das E.\_\_\_\_ -Gutachten vom

#### **E. 4.2**

An dieser Beurteilung vermögen die übrigen ärztlichen Einschätzungen nichts zu ändern.

#### **E. 4.2.1**

Vertieft mit der psychischen Komponente befassten sich Prof. S.\_\_\_\_ und Dr. T.\_\_\_\_ (E.

3.8

hievor ),

Dr. V.\_\_\_\_ und Dr. W.\_\_\_\_ (E.

3.9

hievor ) sowie Dr. G.\_\_\_\_ (E. 3.12 und E. 3.15 ).

Dr. S.\_\_\_\_ und Dr. T.\_\_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin seit Klinik eintritt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die letzte ausgeübte Tätigkeit als Kellnerin bis auf weiteres. Aus dem Bericht geht hervor, dass die Beschwerdeführerin am 17. Dezember 2008 wieder aus der Klinik entlassen wurde und die Nachbehandlung hernach durch das R.\_\_\_\_ erfolgte. Es ist daher

nicht nachvollziehbar ,

weshalb sie der Beschwerdeführerin Ende Januar und damit gut eineinhalb Monate nach Klinikaustritt immer noch eine volle Arbeitsfähigkeit bis auf weiteres attestierten. Anzufügen bleibt in diesem Zusammenhang, dass im Austrittsbericht vom 13. Januar 2009 (Urk. 11/45/ 25-28) ein Rückgang der depressiven Symptomatik sowie ein teilerhobener Zustand festgestellt wurden. Schliesslich bestätigte selbst die Beschwerdeführerin, dass sie die psychiatrische Nachbehandlung nach zweimaliger Sitzung

abgebrochen habe, weil es ihr besser gegangen sei (Urk. 11/45 S.

11 Ziff. 4.1.1.2) , weshalb mit den RAD-Ärzten von einer nicht lang an dauernden Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

Dr. V.\_\_\_\_ und Dr. W.\_\_\_\_

führten in ihrem Bericht vom 25. Mai 2009 explizit aus , dass in der Zeit der Behandlung keine eingehende Abklärung der Arbeitsfähigkeit durchgeführt worden sei, weshalb nicht auf ihre Einschätzung, wonach sie sich der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ anschliessen, abgestellt werden kann.

Was die Berichte des seit Frühling 2011 behandelnden Psychiaters Dr. G.\_\_\_\_ vom 6. September 2011 (E. 3.12 hievor )

beziehungsweise vom 14. Juni 2012 (E. 3.14 hievor ) anbelangt, so ist festzuhalten, dass bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärzte rechtsprechungs gemäss berücksichtigt werden darf und soll, dass deren Beurteilung mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten der Patienten ausfällt. Berichte behandelnder Ärzte können ein Gutachten zwar dann in Frage stellen und zumindest Anlass für weitere Abklärungen geben, wenn darin nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder unge würdigt geblieben sind und bei deren Berücksichtigung sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_276/2009 vom 24. Juni 2009 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Weder im Bericht von 6. September 2011 (E. 3.12 hievor ) noch in der Stellungnahme vom 14. Juni 2012 (E. 3.14

hievor ) finden sich solche Aspekte.

Der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 6. September 2011

wurde Dr. CC.\_\_\_\_ zur Stellungnahme zugestellt, so dass er sich nachträglich mit dessen Diagnosestellung

auseinander setzte und insbesondere keine Persönlichkeitsstörung bestätigen konnte. Die von Dr. G.\_\_\_\_ festgestellte Persönlichkeitsstörung

wurde von den Gutachtern somit nicht übersehen, sondern offenkundig nicht so interpretiert. Sie führten in ihrer Stellungnahme vom 14. November 2011 (E. 3.14) denn auch aus, dass eine Persönlichkeitsstörung definitionsgemäss die Arbeitsfähigkeit ab Eintritt ins Erwachsenenalter erheblich beeinträchtigt, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall gewesen sei.

Objektiv feststellbare Gesichtspunkte, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch die E.\_\_\_\_-Gutachter unerkannt geblieben und geeignet gewesen wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen, sind demnach nicht ersichtlich.

Ferner ist bezüglich des Berichtes von Dr. G.\_\_\_\_ vom 6. September 2011 (E. 3.12

hier vor) festzuhalten, dass mangels ausdrücklicher Differenzierung unklar bleibt, inwiefern in seine Beurteilung betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auch psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren und damit versicherungsrechtlich nicht relevante Faktoren mit eingeflossen sind, auf welche

Dr. CC.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung hinwies, weshalb die von Dr. G.\_\_\_\_ attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit nicht aussagekräftig ist.

#### **E. 4.2.2**

Mit der somatischen Komponente setzte sich insbesondere Dr. D.\_\_\_\_ auseinander (E. 3.13 hier vor).

Wenn er in seinem Bericht vom 13. September 2011 unter derzeitig vorhandene Leiden persistierende Beschwerden der HWS mit starker Verspannung der paravertebralen Muskulatur sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit, Schmerzen der BWS und vor allem der LWS mit Ausstrahlung in die rechte Untere Extremität aufführt, ist mit den Suva-Versicherungsmedizinern Dr. med. EE.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, und Dr. med. FF.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH und spez. Allgemein Chirurgie (vgl. dazu Urk. 11/54/48-53), festzuhalten, dass es sich dabei wie in den zuvor von Dr. D.\_\_\_\_ verfassten Berichten um die Angabe von Symptomen handelt, die nicht als objektivierbare Befunde eingestuft werden können, zu mal die Untersuchungsergebnisse für andere Untersuchungen nicht reproduzierbar oder mit wissenschaftlichen Methoden apparativ oder bildgebend dargestellt werden können.

Unter diesen Umständen vermag die Einschätzung durch Dr. D.\_\_\_\_ jene der E.\_\_\_\_-Gutachter nicht zu entkräften. Denn sein Bericht erschöpft sich im Wesentlichen in den subjektiven Schmerzangaben, wie sie im Übrigen auch ins E.\_\_\_\_-Gutachten Eingang gefunden haben (Urk. 11/45 S. 16 f.). Doch hat es Dr. D.\_\_\_\_ anders als die Gutachter unterlassen, diese im Vergleich zu den erhobenen Befunden deutlich im Vordergrund stehenden Schmerzschilderungen zu objektivieren.

#### **E. 4.3**

Wenn Dr. G.\_\_\_\_ in formeller Hinsicht bemängelt, dass die Untersuchungsdauer im E.\_\_\_\_-Gutachten nicht angegeben worden beziehungsweise zu kurz gewesen sei, ist festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens in erster Linie darauf ankommt, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies – wie hier

– zu, ist die

Un tersuchungsdauer grund sätzlich nicht entscheidend (Urteil des Bundesgerichts 9C\_352/2013 vom 3. Juli 2013 E.4) . Zudem liegt es in der Natur der Sache, dass sich eine Be gut ach tung nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum stützen kann wie die Be richte be han delnder Fachleute . 4. 4

Auch die weiteren materiellen Einwände vermögen das E.\_\_\_\_ -Gutachten ebenf alls nicht in Zweifel zu ziehen, so dass darauf abzustellen ist. 5.

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für den fraglichen Zeitraum im Erwerbsbereich auswirkt.

Nachdem d ie Beschwerdeführ er in seit Ende 2006 keiner vollzeitlichen Erwerbs tätigkeit mehr nachgegangen ist und auch keine regelmässige Erwerbs bio gra phie au f weist (Urk. 11/25) , sind für die Ermittlung des Valideneinkommens

Ta bellen löhne

heran zu zi ehen und vom mittleren Lohn für Frauen , die Hilfsarbeiten au s führten ( Zentral wert ), auszugehen.

Da auch das Invalideneinkommen in angepasster Tätigkeit anhand der Tabellen löhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung

( LSE ) – und wiederum unter Ein stufung der Beschwerde führerin als Hilfs arbeiterin – zu ermitteln ist, kann rech nerisch ein Prozent vergleich vorge nom men werden. Eine möglichst genaue Be zifferung und Gegen überstellung der beiden hypothetischen Erwerbsein kom men , um aus der Einkommensdifferenz den Invaliditätsgrad bestimmen zu können , erübrigt sich somit. Ein leidensbedingter Abzug ist der Beschwer de führerin nicht zu ge wahren, da ihr die bisherigen Tätigkeiten als Kellnerin und Ser vice mitarbeiterin immer noch zumutbar sind .

Ausgehend von der durch die E.\_\_\_\_ -Gutachter attestierten Arbeitsunfähigkeit re sultiert damit für den Zeitraum nach dem Unfall bis 31. Dezember 2007 ein In validitätsgrad von 100 % , von Januar 2008 bis Juni 2008 ein solcher von 50 % und ab Juli 2008 ein solcher von 0 % . Da der Unfall am 21. Dezember 2006 er f olgte, war das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG) im Dezember 2007 abge laufen. Damit kommt in Bezug auf die Entstehung des Rentenanspruches nicht Art.

29 Abs.

1 IVG in der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Fassung, wo nach der Anspruch frühestens sechs Monate nach dessen Geltendmachung entsteht, zum Tragen (BGE 138 V 395 E. 3.3.2). Da sich der massgebliche Sach verhalt vollumfänglich unter der bis 31. Dezember 2007 in Kraft gewesenen Rechtslage verwirklicht hat, sind gemäss Art. 48 Abs. 2 Satz 1 IVG - in der bis da hin in Kraft gewesenen Fassung - bei verspäteter Anmeldung die Leistungen vielmehr für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate auszurichten. Die

Zusprache der ganzen Rente (zuzüglich Kinderrenten) mit Wirkung ab 1. De zem ber 2007 ist daher nicht zu beanstanden.

Die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiter hin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht die ganze Rente mit Wirkung ab 1. April 2008 (drei Monate nach Verbesserung) auf eine halbe Rente herabgesetzt beziehungsweise letztere per 30.

Se p tember 2008 (drei Monate nach Verbesserung) eingestellt. 6.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde ist somit abzuweisen. 7.

7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG) und ermessensweise auf Fr. 900.-- anzu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie von der unterliegenden Beschwerdeführer in zu tragen. 7.2

Mit Beschluss der (damaligen) Vormundschaftsbehörde GG.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2008 wurde HH.\_\_\_\_ zur Beiständin der Beschwerdeführerin ernannt (Urk. 11/28-29). Nach dem Tod der Rechtsvertreterin rechtfertigt sich, dieses Urteil nicht nur der Beschwerdeführerin persönlich, sondern auch ihrer Beiständin, nunmehr bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) des Bezirks

II.\_\_\_\_,

zuzustellen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Beiständin

HH.\_\_\_\_,

KESB des Bezirks II.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubDietrich

#### **E. 08**

(Urk. 11/12) meldete sie sich unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2008 (Urk. 11/7/21-23 ) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an . Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog vorweg die Akten des Unfallversicherers (Urk. 11/23 ) bei und holte Arztberichte (Urk. 11/26-27 , Urk. 11/31-32 , Urk.

11/36 , Urk. 11/39 ), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 11/24 ) sowie einen Auszug aus dem in dividierten Konto (IK-Auszug, Urk. 11 / 25 ) ein. Zudem veranlasste sie ein in der disziplinäres

Gutachten bei der E.\_\_\_\_

in F.\_\_\_\_ , welches am 18. Oktober 2010 (Urk. 11/45) erstattet wurde .

Mit Vorbescheid vom 23. Juni 2011 (Urk. 11/50) stellte die IV-Stelle der Versicherten ab 1. Dezember 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze sowie vom

1. April 2008 bis 30. September 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine befristete halbe Rente in Aussicht .

Dagegen erhob die Versicherte

mit Eingabe vom 15. September 2011 (Urk. 11/67) und unter Auflage weiterer medizinischer Berichte (Urk. 11/65-66) verschiedene Einwände , welche den E.\_\_\_\_ -Gutachtern am 6. Oktober 2011

(Urk. 11/68) zur Stellungnahme zugestellt wurde. Am 14. November 2011 (Urk. 11/69) nahmen die E.\_\_\_\_ -Gutachter zu den geltend gemachten Kritikpunkten Stellung. Mit Schreiben vom 28. Dezember 2008 (Urk. 11/71) wurde der Versicherten Gelegenheit geboten, sich zu der Stellungnahme der E.\_\_\_\_ -Gutachter zu äussern (vgl. dazu Stellungnahme vom 23. Januar 2012, Urk. 11/ 74). Mit Verfügungen vom 3. Mai 2012 (Urk. 2 /1-2 ) sprach ihr die IV-Stelle ab 1. Dezember 2007 eine ganze Rente und vom

1. April bis 30. September 2008 eine

halbe Rente nebst zweier Kinderrenten zu.

2.

Dagegen erhob die Versicherte am 7. Juni 2012 Beschwerde (Urk. 1 /1 ) und beantragte, es sei in die Verfügungen vom 3. Mai 2012 aufzuheben und der psychiatrische Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ sei abzuwarten und bei der Beurteilung zu berücksichtigen .

Ferner sei ihr eine angemessene Rente zuzu sprechen. Nötigenfalls habe das Gericht einen Psychiater zwecks ergänzender Beurteilung zu bestimmen. Am 18. Juni 2012 (Urk. 6) reichte sie den entsprechenden Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2012 (Urk. 7) nach.

Mit Beschwerdeantwort vom

#### **E. 10**

) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Diese wurde der Beschwerdeführerin am 15. August 2012 (Urk.

#### **E. 12**

) zugestellt. 3.

Mit Schreiben vom 12. November 2013 (Urk. 13) wurde dem hiesigen Gericht angezeigt, dass die Rechtsvertreterin der Versicherten, H.\_\_\_\_,

verstorben sei. Das Rubrum wurde entsprechend angepasst. 4.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 16**

ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 18**

. Oktober 2010 (E. 3.11

hier vor) in sämtlichen Punkten den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht (E. 1.6

hier vor). So ist es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, gibt es doch detailliert Auskunft über die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung der Schmerzkomponente und einer die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussenden psychischen Pathologie. Ferner basiert die Expertise auf einschlägigen allgemeinen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Insbesondere zeigten die Gutachter auf, dass

das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nur noch halbtags arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden konnten, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden muss.

Das Gutachten wurde weiter in Kenntnis der Vorakten abgegeben. So nahmen die Ärzte Einblick in die Vorberichte und würdigten die Ergebnisse im Rahmen ihrer Gesamtbeurteilung.

Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in

einer Weise begründet, dass die rechts anwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann. Es ist schlüssig dar gelegt worden, dass keine Psycho pathologie mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit besteht und die Be schwerde führerin vom Unfallereignis am 21. Dezember 2006 bis Dezember 2007 für jeg liche Tätigkeit arbeitsunfähig war, ab Januar 2008 in einer adap tierten Tätigkeit zu 50 %

arbeitsfähig war und ab Mitte 2008 in einer kör per lich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ( und somit auch in ihrer ange stammte n Tä tigkeit als Serviceangestellte beziehungsweise Reinigungs fach frau ) wieder im Um fang von 100 % arbeitsfähig ist .

Der retrospektive Verlauf der von den E.\_\_\_\_ -Gutachtern attestierten Arbeits fähig keit von 100 % von Dezember 2006 bis Dezember 2007

respektive von Januar bis Juni 2008 von 50 %

korrespondiert denn auch mit den Einschätzungen in den B e richten von Dr. I.\_\_\_\_

(E. 3.2 hie vor ), Dr. J.\_\_\_\_

(E. 3.3 hievor ) ,

von med. prakt.

K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ (E. 3.4 hie vor ) sowie von Dr. N.\_\_\_\_ (E.

3.5) .

Schliesslich hielt auch Dr. O.\_\_\_\_ in seiner abschliessenden kre is ärzt lichen U nter suchung vom 18. Juni 2008 (E. 3.6 hievor ) einzig noch unfallkausale Rest be schwerden in Form e iner Zervikalgie sowie Zephalgien , mithin nicht ob jek ti vierbare Befunde , fest .

In diesem Zusammenhang gilt auch zu berücksichti gen, dass sich die Be schwerdeführerin im Jahr 2008

- trotz eines sehr guten Ar beits zeugnisses seitens der A.\_\_\_\_ als Servicemitarbeiterin im B.\_\_\_\_ -Restaurant C.\_\_\_\_ - nicht um eine F estanstellung bemüht hat und stattdessen in die Ferien gefahren ist (Urk. 11/23/ 52, Urk. 11/23/54 und Urk. 11/23/60 ) .

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.